

сохранялась у 24,4% пациенток. Согласно этим данным им показана дальнейшая терапия.

Таким образом, определение экспрессии гена ингибитора апоптоза сурвивина в обогащенном образце периферической крови является достоверным маркером для идентификации ЦОК. Кроме того, уровень нормализованной экспрессии таргетного генов отражает функциональную активность ЦОК, а именно их агрессивный фенотип, метастатический потенциал, стадию эпителиально-мезенхимального перехода. Обнаружение более чем в половине случаев функционально активных ЦОК в периферической крови после операции при первичном неметастатическом РМЖ свидетельствует о генерализации опухолевого процесса и ставит под сомнение правомочность выставления стадии M0 по TNM классификации.

Идентификация функционально активных ЦОК может рассматриваться как один из перспективных маркеров опухолевой прогрессии и мониторинга терапии РМЖ.

Литература:

1. Pantel, K. Cancer micrometastases / K. Pantel, C. Alix-Panabières, Riethdorf // Nature Reviews Clinical Oncology. 2009. – Vol. 6, N6. – P. 339–51.
2. Шляхтунов, Е. А. Фенотипическая характеристика циркулирующих опухолевых клеток при первичном неметастатическом раке молочной железы / Е. А. Шляхтунов, И. С. Веремей, О. И. Овсяник // Онкол. журн. – 2017. – Т. 11, № 3. – С. 64–71.
3. The prognostic role of circulating tumor cells (CTCs) detected by RT-PCR in breast cancer: a meta-analysis of published literature / S. Zhao [et al.] // Breast Cancer Res Treat. – 2011. – Vol. 130. – P. 809–816.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щастный А.Т., Соболев В.Н., Луд Н.Г., Кожар В.Л.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Рак головки поджелудочной железы (РГПЖ) относится к заболеваниям с крайне высоким потенциалом злокачественности, агрессивным клиническим течением, низкими показателями выживаемости пациентов, при котором смертность практически равна заболеваемости [1]. Возможности хирургических вмешательств чрезвычайно ограничены вследствие поздней диагностики, склонности опухолей к местной распространенности и отдаленному метастазированию [2]. С другой стороны, высокая послеоперационная летальность и низкие показатели выживаемости после радикальных операций, позволили некоторым хирургам отнести их к рискованным, малоперспективным операциям и сомневаться в целесообразности их выполнения [3].

Цель исследования – оценить непосредственные и отдаленные результаты радикальных и паллиативных хирургических вмешательств у пациентов раком головки поджелудочной железы.

Материал и методы. Ретроспективному анализу по материалам Витебского областного отделения Белорусского канцер-регистра подвергнуты результаты хирургических вмешательств, выполненных при раке головки поджелудочной железы у 278 пациентов за 2011-2015 годы. Радикальные операции были произведены у 82, паллиативные – у 196 пациентов в возрасте от 34 до 87 лет. Мужчин было 153(55,0%), женщин – 125 (45,0%).

В соответствии с классификацией международного противоракового союза по системе TNM (7-я редакция 2009 года) среди радикально оперированных пациентов I стадия РГПЖ имела у 13, II-я - у 61 и III-я – у 8. При паллиативных вмешательствах I стадия заболевания была у 10, II-я – у 62, III-я – у 79 и IV-я стадия – у 45 пациентов. Морфологическое подтверждение злокачественной опухоли после радикальных операций произведено у всех 82 (100%) и после паллиативных вмешательств - у 171(87%) из 196 пациентов.

При оценке раково-специфической выживаемости расчеты производились от даты операции до факта смерти от причины, связанной с РГПЖ. Датой завершения исследования считали 10 октября 2017 года. Статистический анализ данных выполняли с использованием программного комплекса Statistica (v.10.0)

Результаты и обсуждение. За 2011-2015 годы в Витебской области зарегистрировано 400 вновь выявленных случаев рака головки поджелудочной железы, из них 278 (69,5%) были подвергнуты хирургическому лечению, в том числе у 82 (20,5%) пациентов были выполнены радикальные и у 196 (49%) – паллиативные вмешательства. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) была произведена у 73, в том числе комбинированная – у 2, пилоросохраняющая – у 4 и лапароскопическая – у одного пациента. Панкреатэктомия выполнена у 9, из них комбинированная панкреатэктомия – у 2 пациентов. В 5 случаях для устранения желчной гипертензии предварительно выполнялись чрескожная чреспеченочная холангиостомия под УЗ-контролем (1), холецистоэнтероанастомоз (3), гепатикохоледохоеюноанастомоз (1). Паллиативные вмешательства, в основном, заключались в наложении билиодигестивных (75%), гастроинтестинальных (7,1%) анастомозов или их комбинации (9,7%), дренировании желчных протоков под УЗ-контролем (5,1%), стентировании гепатикохоледоха (1%) и выполнении прочих вмешательств (2,1%).

На период завершения исследования из 82 пациентов, перенесших радикальные операции на поджелудочной железе, живы 18 (22%) и из 196 после паллиативных вмешательств – 3 (1,5%) пациента. Одногодичная выживаемость после радикальных операций составила 45,1%, после паллиативных – 14,8%, трехлетняя выживаемость – 12,2% и 1,5%

соответственно. 5-летний рубеж из радикально оперированных пациентов пережили 4 (4,9%) и 2 (1%) пациента после паллиативных операций прожили более 4-х лет. Медиана выживаемости после радикальных операций составляет 336 дней, и более чем в 3 раза превышает таковую после паллиативных вмешательств (336 против 105 дней). Медиана выживаемости зависела от стадии заболевания как среди пациентов после радикальных операций, так и после паллиативных вмешательств. Средняя продолжительность жизни пациентов после радикальных операций при всех сопоставимых стадиях примерно в 2 раза была выше, чем после паллиативных и составляла при первой стадии 22,6 месяца против 12,8 месяца, при второй -10,2 против 3,6, при третьей 6,7 против 3,6 месяца, при четвертой стадии после паллиативных вмешательств этот показатель равнялся 2,8 месяца. Приведенные данные согласуются с результатами исследований А.А. Поликарпова и соавт. [2], согласно которым средняя продолжительность жизни пациентов с РГПЖ после радикальных операций составляет 8,4 месяца, а 3-летняя выживаемость – 13%.

После радикальных операций на период завершения исследования из 18 живых пациентов у 5 имеется первая и у 13 – вторая стадия заболевания, 10 из них находятся в 3-ей и по 4 пациента – во 2-ой и 4-ой клинических группах. Среди живых нет пациентов с 3-ей стадией заболевания и из 40 с регионарными метастазами (N_1) живы 5 (12,5%), при этом все они были оперированы в 2015 году. Приведенные результаты свидетельствуют о том, что третья стадия заболевания и метастатическое поражение регионарных лимфоузлов являются неблагоприятными прогностическими факторами выживаемости радикально оперированных пациентов, что согласуется с результатами многочисленных публикаций.

После паллиативных вмешательств из 196 пациентов живы трое (1,5%), двое из них находятся во 2-ой и один (с медианой продолжительности жизни 1727 дней) – в 4-ой клинической группах. Необходимо отметить, что у всех троих пациентов диагноз рака подтвержден морфологически.

Послеоперационная летальность в течение 30 дней после радикальных операций составила 9,4%, а после паллиативных – 20,2%.

Среди всех умерших наивысшие показатели смертности у оперированных пациентов наблюдались в течение первого года после операции. Так после радикальных операций до 1 года умерло 70,4%, после паллиативных вмешательств – 86,5%, в сроки от 1 до 2 лет – 12,5% и 11,4%, от 2 до 3 лет – 14,0% и 1,6% и пережили 3-летний рубеж 3,1% и 0,5% пациентов соответственно.

При анализе продолжительности жизни среди умерших пациентов медиана выживаемости после радикальных операций почти в 2,5 раза выше, чем после паллиативных вмешательств (248 против 104 дней). Примерно такая же закономерность сохраняется и при сопоставимых стадиях заболевания, за исключением 1 стадии, при которой данный показатель был примерно одинаковым в обеих группах.

Выводы.

1. Послеоперационная летальность в первые 30 суток после радикальных и паллиативных вмешательств при РГПЖ остается высокой и составляет 9,4% и 20,2% соответственно. В отдаленном послеоперационном периоде летальный исход после радикальных и паллиативных операций среди всех умерших в подавляющем большинстве случаев наблюдается в течение первого года и составляет 70,4% и 86,5% соответственно.

2. Одногодичная выживаемость после радикальных вмешательств составила 45,1%, после паллиативных – 14,8%, 3-летняя – 12,2% и 1,5% соответственно, 5-летняя после радикальных операций – 4,9%.

3. Медиана выживаемости после радикальных операций в 3 раза выше, чем после паллиативных, в связи с этим при резектабельности опухоли и операбельности пациента предпочтение должно быть отдано радикальным вмешательствам.

Литература:

1. International Cancer of the Pancreas Screening (CAPS) Consortium summit on the management of patients with increased risk for familial pancreatic cancer / M. I. Canto [et al.] // Gut. – 2013. – Vol. 62, № 3. – P. 339–347.

2. Отдаленные результаты комбинированного рентгенэндо-васкулярного и хирургического лечения пациентов с протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы / А. А. Поликарпов [и др.] // Вестн. хирургии имени И.И. Грекова. – 2013. – № 4. – С. 41–44.

3. Результаты комплексного лечения опухолей панкреато-дуоденальной зоны / А. И. Шмак [и др.] // Онкол. журн. – 2012. – Т. 6, № 1. – С. 45–59.